

自立支援医療費(育成・更正)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1					
障がい者・児	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名				
	フリガナ		電話番号 ※2		
	保護者住所 ※2				
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受給者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 ※4	該当・非該当	
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医 療 機 関 名			所 在 地 ・ 電 話 番 号	
	受給者番号 ※5				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請書に添付する書類で、私の収入及び世帯の課税状況について確認できない場合は、関係機関に調査されることに同意します。また、自立支援医療受給者証の交付の際は、指定医療機関の必要に応じ、その写しを指定医療機関に送付されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福井市長 <span style="float: right;">あて</span></p>					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 該当すると思う区分に○をする。
- ※4 該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当		
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当		
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( )				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					